

Vår dato
20.02.2015
Deres dato
13.11.2014Vår referanse
14/08831-4 - 008
Deres referanse
14/3410Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO**Høringsuttalelse fra Sørlandet sykehus HF – NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten**

Viser til utsendt høringsbrev av 13.11.2014 og oversender kommentarer fra Sørlandet sykehus HF.

Vi gjengir her mottatte innspill i forhold til prioriteringskriteriene. Innspillene viser at det er ulike meninger om hva som helsepolitisk er riktige prioriteringer, også internt i sykehuset, og vi har valgt å synliggjøre dette i vår uttalelse. Det ulike innspillene har vært drøftet uten at man har kommet til en entydig oppfatning av dette.

Innspill A:

Norheimutvalget har videreutviklet prioriteringskriteriene fra Lønning 2. Helsevesenets og prioriteringens målsetning er formulert klarere og måles alene på behandlingens resultater: Gode leveår for flest mulig. Helsegevinst er likt Lønnings nyttebegrep, men strengere målt i leveår og livskvalitet. Lønnings begrep om kostnadseffektivitet innebærer en samlet vurdering av alvorlighet, nytte og kostnader. Det brukes et rundt, skjønsmessig begrep. Det skal være et rimelig forhold. Norheim foreslår ganske enkelt ressurser som egetstående kriterium. Jo mer ressurskrevende behandling, jo lavere prioritet og omvendt. Den viktigste endring er forståelsen av alvorlighet. Hos Lønning er like sykdommer like alvorlige uansett når i livsløpet de rammer. Norheim foreslår alvorlighet forstått som helsetap livsløpet sett under ett. En sykdom blir mindre alvorlig jo senere i livsløpet den rammer.

Det uttrykkes skepsis til det som foreslås og følgende innvendinger reises:

- Den aldersjusterte alvorlighet bryter med idealet om likebehandling og individuell vurdering.
- Prioritering bør begrenses til visse områder. De nødvendige helsetjenester skal ikke invaderes av prioritering.
- Qaly, Gode Leveår, behandlingens utkomme, er for snevert til å danne grunnlag for av hva som er rettferdig fordeling i helsevesenet, forebygging, velferd, omsorg og behandlingsresultater.
- Omfanget av fellesfinansierte helsetjenester betyr langt mer for rettferdig prioritering enn kriterier for rangering. For snaue fellestjenester gir et stort kommersielt marked.

Kriteriet helsetap over livsløpet, den nye forståelse av hva som er alvorlig sykdom.

Tenkemåten gir gjenklang i gjengs tenkning. Det er mer alvorlig at unge blir syke eller dør enn gamle. Det er etisk akseptabelt at 90-åringene ikke hjertetransplanteres. Nedgangen av sykehusutgifter siste leveår mot de 90 er rimelig.

Men, noe skurrer: Hvis en frisk 80-åring får tykktarmskreft og kan helbredes, skal vi rangere ham i en rekkefølge bak 60 åringen med samme sykdom? Skal han enda lavere rangeres hvis helseøkonomen måler mindre livskvalitet fordi beina svikter? Uten at vi spør ham? Er beregnet livskvalitet mer valid enn selvrapportert?

Postadresse
Sørlandet sykehus HF
Fagdirektør
Postboks 416
4604 Kristiansand**Besøksadresse**
Eg
4615 Kristiansand**Telefon**
+47 38 07 44 00
Telefaks**Bankkonto**
1503.27.07405**Administrasjonsadresse**
Sørlandet sykehus HF
Postboks 416
4604 Kristiansand
Telefon
03738**Foretaksregisteret**
NO 983 975 240 MVA
Hjemmeside
www.sshf.no
e-post
postmottak@sshf.no

Vi gjør idet ikke slik i dag. Det er fremmed. Hvilken verdi holder vi på da? Likebehandling basert på like alvorlig sykdom uansett når i livet. Vi får hjelp når vi trenger det. Og det er særlig når vi blir gamle vi trenger det. Det er den samfunnskontrakt som gjør at vi gjerne betaler skatt til velferdsstaten. Vi kan neppe ha en slik samfunnskontrakt hvis systemet sier at etter 80 gode år kan ingen sykdom lenger kalles alvorlig. Da har du fått kvoten staten vil gi deg. Du kan riktignok fortsatt få en viss prioritet hvis behandlingen gir leveår og ikke koster. Men i gjennomsnitt er det ikke mange år å vinne. Så også etter helsegevinstkriteriet taper den gamle. Og ingen 80 åringer er gjennomsnittlige. Mer ulike folk fins ikke i samfunnet. En fjerdedel av dem lever i gjennomsnitt enda 15 år, lenger enn den fjerdedel av 70-åringer som lever kortest. En gjennomsnittlig statskvote gir oss ikke den individuelle vurdering vi forventer. Helsetap over livsløpet gir gjenklang i noe rettferdighetstenkning, men kollisjon med noe viktigere. Det kan kun være et tilleggskriterium for forsiktig bruk. Det kan brukes i periferien. Vi transplanterer ikke 90-åringer. Det er etisk akseptabelt og antagelig i tråd med 90-åringenes syn på saken. Men aldersjustering kan ikke bli stående som selve definisjonen på hva som er alvorlig sykdom.

Vi prioriterer fordi vi vil, sier utvalget. Prioritering er en dyd.

Uten bevisst prioritering blir det ikke rettferdighet. Da dominerer avisoppslag, sterke lobbyister, opportunistiske politikere. Prioritering basert på kriterier vi er blitt enige om sikrer rettferdigheten. Den argumentasjonen holder langt på vei.

Men på tross av denne erkjennelsen vegrer mange i helsevesenet seg for prioritering. Er det unnfalighet? Lever vi på illusjoner? Eller forsvaret vi en verdi? Livbåtmetaforen forteller litt om det. Passasjerskipet synker. Det er for få livbåter. Folkene tvinges til håpløse moralske valg om hvem som skal få plass i båtene. Men i virkeligheten bæres det moralske ansvar av rederen som ikke sørget for tilstrekkelig med livbåter. Vi vegrer oss altså mot prioritering av tilstander vi ikke ønsker skal bli satt opp mot hverandre. Vi vil ha med de aller fleste i livbåtene. Er ikke det en illusjon? Jo. Et lett tilgjengelig, gratis helsevesen vil aldri kunne dekke all etterspørsel. Prioritering er legitimt. Men gå tilbake til 1987. Til Lønning 1. Dette utvalget løste prioriteringen slik: De laget en liste over helsetjenester etter nødvendighet. Fra de absolutt nødvendige ned til de tjenester samfunnet ikke trengte å tilby sine innbyggere. Når vi leste Lønning 2 ti år seinere hadde vi kanskje med denne basisen av nødvendige helsetjenester før vi begynte å sette sykdommer opp i rekkefølge. Men med Norheim kan det virke som Lønning 1 er glemt.

Det er altså en base av nødvendige helsetjenester som bare skal være der. Innenfor den skal vi ikke rangere sykdommer og pasientgrupper.

Qaly er et system for tallberegning av leveår og kvaliteten på livet.

Tilhengerne har i en årrekke argumentert for at slike beregnede effekter er nødvendige for rettferdighet. Det er mye hold i det. Hvis alt kunne måles. Men kan alt måles? Hva tar flest gode leveår? Schizofreni, ulykker, selvmord, stoffmisbruk og anoreksi. Kan man virkelig regne ut liv spart og livskvalitet vunnet ved intervensjon på slike tilstander? Kan man sammenligne dem med det du oppnår ved operasjon på hovedpulsåren, kolesterolsenkende piller og beinmargstransplantasjon mot MS? Hva skjer hvis vi baserer oss på helseøkonomiske beregninger og disse er ruskende gale?

Utvalget leverer selv den beste illustrasjonen: Omsorg er utenfor sier de. Det får vi ta en annen gang. Men prøv kriteriene på omsorgssektoren. Den faller gjennom. Det var neppe meningen. Innen medisinsk behandlingen er ikke terapi og omsorg så lett å skille. Hvis vi prøver kriteriene på kurativ kreftbehandling og palliativ og får vi et resultat vi ikke ønsker. Kurativ kreftbehandling blir prioritert. Palliativ ikke. Det viser tydelig at kriterier som bygger på behandlingsutkomme ikke kan være enerådende. Selv ikke med det tiltalende nye norske navn: Gode leveår.

Livbåtmetaforen igjen. Hvor mange livbåtplasser kan vi ha?

Vi kan ikke bevilge oss vekk fra prioritering. Men kanskje skal vi først tilbake til Lønning 1. Skal vi kanskje først bli enige om hva som er nødvendige helsetjenester? Hvis disse er tilstrekkelig store til at folk har tillitt til å få hjelp når de trenger det er det viktigste grunnlag for rettferdighet lagt. Den største trusselen mot rettferdig fordeling av helsetjenester er framvekst av en stor kommersiell helseindustri for de som kan betale.

De helsepolitiske valg bygger på et konglomerat av ulike hensyn. Prioritering basert på beregninger av hva vi får igjen for innsatsen er essensielle når vi skal diskutere hvilke dyre kreftmedisiner som skal tas i bruk. Medikamentell behandling er faktisk et område der beregninger basert på Qaly kan gi nyttig grunnlag for

sammenligning slik at ulike pasientgrupper behandles likt. Ellers er det fare for at misbrukerne med Hepatitt C taper for solbadere med malignt melanom. Da Lønning leverte nr 1 i 1987 var enerom på sykehjem en sjeldenhet. I dag er det en selvfølge. Qaly-tenkningen blir aldri drivkraft for slike viktige framskritt. Tvert imot, hvis Qaly-ideologi får hegemoniet kan verdifulle, men mindre målbare helsetjenester bli taperne.

Sørlandet sykehus sitt slagord er: *Trygghet når du trenger det mest*. Slik formidler sykehuset sitt samfunnsoppdrag til sin befolkning. Det er ikke for ingenting det ikke er: *Kom til oss, - her får du flest gode leveår. Rettferdig fordelt*.

Innspill B:

Det oppfattes ikke at alder 80 år har en slik overveiende betydning i NOU 2014:12 som det skisseres i innspill A. Det forstås derimot slik at hovedkriteriene helsegevinst, ressursbruk og helsetap knyttes sammen med en norm for 80 gode leveår - og normen er satt høy, da man forventer økt levealder, mens det i Norge per i dag bare er stipulert med 67 gode leveår.

Bildet med å ha plass i livbåt for alle tilsier jo at vi ikke skal ha behov for å prioritere i det hele tatt - noe som neppe er realiserbart.

De 3 nye kriteriene knyttet sammen med gode leveår virker som mye bedre grunnlag for prioritering enn dagens kriterier. Helsegevinst- og helsetapskriteriene tar hensyn til pasientens funksjon og livskvalitet.

Innspill C:

Det er prisverdig at det gjøres et forsøk på å gi klarere føringer for hvordan behandling, prosedyrer, nye metoder skal prioriteres opp eller settes til side.

Norsk helsevesen har siden Lønning I hatt en relativ høy bevissthet på nødvendigheten av å gjøre prioritering mellom pasienter. Introduksjonen av nye kostbare metoder som eks robotassistert kirurgi, og enkelte høykostnadsmedisiner med marginal bedre effekt på et lite utvalg pasienter har tydeliggjort behovet for klarere retningslinjer for hvilke prinsipper som legges til grunn når valg må tas. "Selv i vårt rike land må vi av og til si nei til tilbud med liten helsegevinst og stor ressursbruk til fordel for tilbud til andre pasienter som trenger det mer." De beskrevne underliggende drivere som motvirker god prioritering er gjenkjennelig.

At kriteriene er endret fra nytte til gevinst og tilsvarende fra kostnad til ressurs gjør kriteriene mer operative og relevante i den kliniske hverdag. Det tredje kriteriet - helsetapskriteriet - ligger allerede i basistenkning hos erfarne klinikere med beslutningsmyndighet. Det er imidlertid ønskelig at dette prinsippet fremstilles noe enklere og mer pedagogisk.

Prioriteringsprosesser er et ansvar på både individnivå (klinker/pasient) og ledernivå (prosedyrer). At brukerens stemme blir etterspurt og hørt er sentralt, men er utfordrende å gjennomføre i praksis når pasientgrupper settes opp mot hverandre.

Innspill D:

Viser til utsendt høringsbrev datert 13.11.2014 vedrørende NOU2014:12 Åpen og rettferdig – prioritering i helsetjenesten. Prioritering i forhold til helsetjenester har vært et vedvarende tema innenfor norsk helsevesenet. Det foreligger to offentlige utredninger, Lønning I (1987:23) og Lønning II (NOU 1997: 18) som frem til denne utredningen, har utgjort grunnlaget for de prioriteringene som gjøres i norsk helsevesen. Ut ifra Lønning II skal prioritering gjøres ut ifra tilstandens alvorlighetsgrad, tiltakets forventede nytte og vurdering av kostnadens størrelse i forhold til tiltakets nytte.

NOU 2014:12 Norheimsutvalgets rapport setter videre fokus på prioritering. De hevder blant annet at Lønning II sine kriterier blir for abstrakte i en prioriteringssetting. Rapporten gjør en grundig drøfting og redegjørelse av grunnlaget bak deres anbefalinger. Generelt hevder de at prioritering bør bygge på fire prinsipper: 1) prioritering bør bidra til flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt; 2) Prioritering bør følge klare kriterier (helsegevinstkriteriet, ressurser og helsetapskriteriet), 3) Prioritering bør gjøres systematisk, åpent og med brukermedvirkning og 4) Prioritering bør gjennomføres med et helhetlige sett med effektive virkemidler.

Prioritering i helsevesenet vil være en utfordring og skape fagetiske debatter. Ideologisk sett skulle man helst se at behovet for prioritering ikke var tilstede. Det er imidlertid kjent at ressursene ikke er tilstrekkelige til at man kan tilfredsstille alle behov innen helsetjenestene i fremtiden. Det vil oppstå et gap mellom behov for helsetjenester – og faktisk tilgjengelige ressurser. Sånn sett stilles det krav til prioriteringer. Ideen om at prioritering skal sikre flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt, har blitt kritisert nettopp på bakgrunn av at man automatisk tenker en diskriminering av den eldre pasientgruppen, hvor yngre pasienter skal få forrang. Den aldersjusterte alvorligheten hevdes å bryte med idealet om likebehandling og individuell vurdering. Til tross for dette, er det imidlertid også i overensstemmelse med samfunnsidealet å sikre barn og unge flest mulig gode leveår og livskvalitet. En prioritering vil innebære at noen får forrang foran andre. Dersom man legger samlet vurdering av helsekriteriene til grunn, vurderes det at ideen om flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt, er et godt idealistisk grunnlag ved en prioritering. Dette så sant man ikke ignorerer det faktum at helsetjenestene skal sikre nødvendig helsehjelp til sine innbyggere, noe som allerede ble lagt til grunn i Lønning I. Det bør således være en base av nødvendige helsetjenester som skal være tilstede.

Norheimsutvalget foreslår tre kriterier for prioritering. De hevder i rapporten at disse kriteriene er mer definerte og konkrete enn tidligere prioriteringskriterier. Slik de fremstår i rapporten, vurderes de som mer konkrete, men allikevel som abstrakte og vanskelige håndterbare i en prioriteringssetting i en klinisk hverdag. I kap. 2 i rapporten redegjøres det for at helsetapskriteiret er ment å fange opp det viktigste fordelingshensynet, hvor helsegevinster som tilfaller de dårligst stilte skal gis mest vekt. Dette virker fornuftig og appellerende i en prioritering. Imidlertid er begrepet helsegevinst operasjonalisert på en slik måte, at det blir vanskelig å fange opp hva som nøyaktig ligger i begrepet og hvordan det skal benyttes i praksis. I helsegevinstbegrepet legges blant annet håp inn, pårørendes opplevelse kan vektlegges, samt faktisk helsegevinst hos den berørte. Begrepet blir utvidet og omfattende.

En annen utfordring relatert til helsekriteriene som lanseres er spørsmålet om faglig utvikling og innovasjon. Dersom man skal gjøre prioriteringer på bakgrunn av disse kriteriene, kan man risikere at man får en stagnasjon i faglig utvikling. Innovasjon krever ofte store ressurser, satt inn i situasjoner hvor helsegevinst er usikker, men for helsetapet kan bli stort. For å sikre en rettferdig prioritering bør man således videre utrede og operasjonalisere kriteriene som legges til grunn og sikre prioriteringskriterier som igjen tilrettelegger for faglig utvikling og innovasjon.

Rapporten trekker frem det faktum at en hver prioritering innebærer at man velger å sette et behov til fordel for et annet behov, noe som igjen vil ha konsekvenser. I rapporten påpekes blant annet hvordan sentrale drivere i dagens samfunn som sosiale medier, sterke talpersoner og politiske agendaer kan styre prioriteringene i helsetjenestene på en slik måte at ressurser ikke nødvendigvis benyttes rettferdig og der helsegevinsten er best, både på samfunn og individnivå. Nettopp derfor understreker de et behov for klare, tydelige prioriteringskriterier som kan legges til grunn, og sikre at prioriteringer gjøres på en åpen og rettferdig måte, også i møte med sterke krefter innenfor sosiale medier eller i politiske settinger. Dette anses som et sentralt moment, da driverne for prioriteringer i helsevesenet bør og skal være faglig fundert. I henhold til utvalgets prinsipp om systematisk, åpen prioritering med brukermedvirkning, støttes dette. Gjennom åpne prosesser, hvor prioriteringer og argumentasjon blir gjennomført med brukere, er det lettere å oppnå forståelse og aksept i egen situasjon. Samtidig som åpne og gode prosesser er viktige og kan sikre at man følger prioriteringskriterier som er klart definert også i utfordrende og vanskelige prioriteringssettinger hvor ytre press er omfattende.

Norheimsutvalget påpeker behovet for helhetlige sett med effektive virkemidler, med både lovendring, utarbeidelse av retningslinjer for beslutningsstøtte, økt fokus på utdanning og opplæring i prioritering, og overordnet prioriteringsutvalg for å nevne noe. Dette anses som sentrale og viktige virkemidler for å sikre en mest mulig enhetlig praksis innen helsetjenestene når det kommer til prioritering. Gjennom ledelsesforankring og opplæring i retningslinjer for beslutningsstøtte, vil man også sikre klinikere som er trygge i sine prioriteringer og valg.

Generelt fremstår rapporten som en gjennomarbeidet rapport. Prioriteringer i helsevesenet vil imidlertid uansett skape debatt, nettopp fordi enhver prioritering er som utvalget sier, på bekostning av en annen prioritet. Spørsmålet er om man kan operasjonalisere kriteriene for prioritering bedre og avklare i større grad vekting av ulike helsegevinster, enn hva Norheimsutvalget har kommet frem til. I tillegg bør man understreke

viktigheten av å sikre nødvendige helsetjenester til innbyggerne uansett alder – til tross for at man har som grunnlag flest mulig gode leveår, rettferdig fordelt.

Med vennlig hilsen

Per Engstrand
fagdirektør

elektronisk godkjent